

Солитарный узел у мужчины 52 лет

Святенко Т.В.[†], Трифонова Л.Н.[‡]

[†]Днепропетровская государственная медицинская академия,

[‡]Днепропетровский областной кожно-венерологический диспансер

Больной В., 52 лет, житель Днепропетровской обл., обратился к дерматологу самостоятельно с жалобами на появление образования на коже спины, которое увеличивается в размерах. Считает себя больным в течение 5 лет, начало заболевания ни с чем не связывает. Длительно занимался самолечением, применял различные народные средства, мази, компрессы, прижигания. Эффекта не наблюдалось. На диспансерном учете не состоит. Около года назад хирур-

гом был направлен в онкодиспансер, где была произведена биопсия кожи с последующим гистологическим исследованием. За результатами не явился. При осмотре: патологический кожный процесс локализуется на коже спины, имеет размеры 40×30 см, представлен опухолевидным образованием плотноэластической консистенции, красно-розовой окраски, с расширенными сосудами, участками распада (рис. 1).

Фотозадача
Солитарный узел у мужчины 52 лет



Рисунок 1

БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНЫЙ РАК (БАЗАЛИОМА) – злокачественная опухоль кожи, возникающая из эпидермиса или железистых придатков кожи и характеризующаяся местно-деструктирующим ростом. Впервые базалиому описал в 1872 г. А. Jacob. Термин «базалиома» предложил L. Neumann в 1901 г. Базалиома является одной из наиболее часто встречающихся новообразований кожи, а среди злокачественных опухолей она занимает первое место. Возникает у людей старше 40 лет, одинаково часто у мужчин и женщин.

Этиопатогенез изучен недостаточно. Провоцирующим фактором является избыточная инсоляция у людей с 1 и 2 типами кожи, что обусловлено особенностями фоточувствительности; отмечается также роль длительного местного воздействия тепла, масел, смол. Локализуются базалиомы чаще всего на голове (80 %), из них 87 % – на лице и 4 % – на шее. Патогистологически изменения локализуются в эпидермисе и дерме. Наблюдается пролиферация атипичных кератиноцитов базального слоя эпидермиса: клетки крупные, овальные; гематоксилином и эозином окрашиваются в темно-синий цвет. В зависимости от особенностей гистологического строения, выделяют:

- солидный тип опухоли;
- кистозный тип опухоли;
- аденоидный тип опухоли;
- базалиомы с пилоидной, сальной дифференцировкой;
- опухоли сложного строения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Опухоли и опухолеподобные поражения кожи: Атлас* / И.А. Ламоткин. – М.: БИНОМ – Лаборатория знаний, 2006. – 116 с.
2. *Пальцев М.А., Потеев Н.Н., Казанцева И.А. и др.* Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи: Атлас. – М.: Медицина, 2004. – 432с.
3. *Путеводитель в онкологическую дерматологию* / В. Носатенко, Н. Гуцу, А. Носатенко. – Харьков, 2005. – 124 с.
4. *Цветкова Г.М., Мордовцев В.Н.* Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи: Руковод. – М.: Медицина, 1986. – 304 с.
5. *Ястребов В.В.* Эпителиальные опухоли и пороки развития / Под ред. И.М. Разнатовского. – СПб: Изд-во СПбГМУ, 1999. – 132с.
6. *Lever W.F.* Histopathology of the Skin. – Phil: J.B. Lippincot Co. – 1990.

Клинически характерен местный инвазивный рост с разрушением окружающих тканей. Метастазы во внутренние органы не возникают, т. к. опухолевые клетки, разносимые с кровотоком по всему телу, неспособны к пролиферации из-за отсутствия факторов роста, вырабатываемых стромой опухоли. Однако эти клетки могут обладать тканеспецифическим свойством и обуславливают возникновение множественных очагов базалиом на разных участках кожного покрова.

Выделяют пять клинических форм базально-клеточного рака:

- поверхностная;
 - пигментная;
 - опухолевая (рис. 1);
 - язвенная;
 - склеродермоподобная, – а также невоидный базально-клеточный синдром (синдром Горлина–Гольца).
- Лечение:
- удаление опухоли оперативным путем, методом криодеструкции;
 - электроэксцизия;
 - лазерное выпаривание с помощью CO₂-лазеров;
 - фотодинамическая лазеротерапия.

При невозможности применения других методов, используют близкофокусную рентгенотерапию.

Прогноз при своевременном удалении опухоли – благоприятный.